

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЁННЫХ**

*Зуев Н.И., Андилевко В.М., Зуев Н.Н., Шмаков А.П., Питкевич А.Э.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

*УЗ «Витебская областная детская клиническая больница»*

Врожденная кишечная непроходимость является одним из наиболее частых заболеваний в периоде новорожденности, требующих неотложного оперативного лечения. Актуальной задачей детской хирургии является снижение детской смертности. В структуре неонатальной смертности врожденная кишечная непроходимость занимает одно из лидирующих мест [1,2].

**Цель исследования.** Разработать тактику диагностики и лечения детей с врожденной кишечной непроходимостью.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе хирургического отделения Витебской детской областной клинической больницы. Под наблюдением находилось 26 детей. Комплекс используемых методов исследования включал стандартные общеклинические исследования, УЗИ органов брюшной полости, головного мозга и сердца, рентгенологические исследования.

**Результаты и обсуждение.** Нами проведён ретроспективный анализ лечения детей с врождённой кишечной непроходимостью за последние четыре года. Было прооперировано 26 детей с данной патологией. Из них 12 детей оперировано по поводу низкой кишечной непроходимости (6 – атрезия тонкой кишки, 1 – атрезия восходящей ободочной кишки, 5 – атрезия ануса и прямой кишки), 11 детям проведено вмешательство по причине атрезии двенадцатиперстной кишки (ДПК), 1 ребёнок оперирован по поводу синдрома Ледда и 2 ребёнка – острой формы болезни Гиришпунга. Из 26 оперированных детей в двух случаях наблюдалась сочетанная патология: у одного ребенка наблюдалось сочетание атрезии пищевода и двенадцатиперстной кишки с врождённым пороком сердца (после рождения успешно проведена радикальная коррекция пороков ЖКТ), а у второго – комбинация атрезии пищевода и прямой кишки (выполнен прямой анастомоз пищевода, колостома)

Проявления кишечной непроходимости возникли у 17 новорожденных на первые сутки жизни, у 6 – на вторые сутки жизни, а у остальных – на 3–4 сутки жизни. При объективном обследовании в момент поступления в клинику основными клиническими симптомами были рвота, отсутствие стула, обезвоживание, вздутие живота: у 17 детей вздутие было асимметричным, у 4 детей контурировались петли кишечника через переднюю брюшную стенку. Из вспомогательных методов исследования наиболее информативными являлись рентгенологическое и ультразвуковое обследование, при котором подтвердился диагноз «врожденной кишечной непроходимости» у всех 26 детей. Показаниями для рентгеновского и ультразвукового исследования являлись: наличие срыгивания и рвоты у ребёнка; признаков высокой кишечной непроходимости, выявленных во время антенатального ультразвукового исследования плода; наличие симметричного или асимметричного вздутия живота; наличие признаков обезвоживания.

Инструментальное исследование начиналось с УЗИ брюшной полости, при котором оценивалось состояние паренхиматозных органов, сердца и головного мозга, желудка, кишечника, наличие свободной жидкости в брюшной полости. Признаками высокой кишечной непроходимости при УЗИ считались:

1. Увеличение размеров желудка и участков кишечника, расположенных выше уровня непроходимости (выявлено в 15 случаях).
2. Наличие жидкости в желудке и кишечнике, в том числе симптом «двойного пузыря», наблюдаемый при атрезии ДПК (выявлено во всех 11 случаях атрезии ДПК).
3. Отсутствие газа в кишечнике и уменьшение диаметра петель, дистальнее уровня непроходимости (признак выявлен в 21 случае).

После ультразвукового исследования выполнялась рентгенография брюшной полости в вертикальном положении. Признаками кишечной непроходимости считались:

1. Увеличение размеров желудка и отделов кишечника, расположенных выше уровня непроходимости, растяжение их газом (признак выявлен в 12 случаях).
2. Наличие горизонтальных уровней жидкости в расширенном кишечнике и желудке, в том числе и симптом «двойного уровня» при атрезии ДПК (признак выявлен во всех 11 случаях атрезии ДПК).
3. Уменьшение количества или полное отсутствие газа в петлях кишечника ниже уровня непроходимости (признак выявлен в 20 случаях).

При наличии подозрений на незавершённый поворот кишечника (частичная высокая кишечная непроходимость, anomальное положение ДПК), дополнительно проводилась ирригография. Признаками незавершённого поворота, как причины высокой кишечной непроходимости, считались расположение толстой кишки в левой половине брюшной полости и уменьшение диаметра толстого кишечника (симптом «тонкой» толстой кишки). Для уточнения уровня поражения при атрезии прямой кишки и ануса проводилась инвертография по Вангестину (во всех 5 случаях).

На основании данных клинического и лабораторного исследования мы определяли объём и метод оперативного лечения. При атрезии ДПК накладывался дуоденоюноанастомоз, а у одного ребенка – дуоденотомия и иссечение мембраны ДПК. В случае множественной атрезии тонкой и части восходящей ободочной кишки была выполнена илеостомия, через три месяца – илеотрансверзоанастомоз. При атрезии тонкой кишки накладывался «Y»-анастомоз по Баирову. У одного

ребенка наблюдалась мекониальная кишечная непроходимость, развившаяся на фоне тяжелой формы муковисцидоза. У него на первом этапе оперативного лечения наложена двустольная концевая илеостомия, затем проводилась терапия креноном, на втором этапе выполнен межкишечный анастомоз. Из всех оперированных детей умер только один ребенок с болезнью Гиршпрунга – тотальным аганглиозом кишечника.

#### **Выводы:**

1. Проводить экстренное ультразвуковое и рентгенологическое исследование, которые позволяют своевременно уточнить диагноз, выявить сопутствующую патологию и определить дальнейшую тактику лечения.

2. Оперативное лечение проводить в дневное время, после полного лабораторного, клинического и инструментального обследования и после соответствующей предоперационной подготовки в условиях отделения интенсивной терапии.

3. Оперативные вмешательства у новорожденных детей выполнять только в операционных с соответствующим температурным режимом (не ниже 26°С).

#### **Литература:**

- 1 Никифоров, А.Н. Хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей: учебное пособие / А.Н. Никифоров. – Мн.: БГМУ, 2001. – 89 с.
2. Шмаков, А.П. Практикум по детской хирургии: учебное пособие / А.П. Шмаков – Витебск: БГМУ, 2001. – 290 с.